

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1954

N° 920

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplome d'Etat)

Par

SCHWARTZ Boris
né le 1er Avril 1925 à PARIS (XII°)

Présentée et soutenue publiquement le

TITRE
- TRAITEMENT DE L'ASTHME INFANTILE -
(BILAN)

Président

Monsieur le Professeur L. de GENNES

Edition A.G.E.M.P.

1954

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : SCHWARTZ

Prénom : Boris

Date de soutenance :

N° d'ordre :

1

SCHWARTZ Boris
Traitement de l'asthme
infantile (Bilan)
PARIS Dact. in 4° 25 P.
Thèse Méd. Paris 1954
N°
Ed. A.G.E.M.P.

2

SCHWARTZ Boris
Traitement de l'asthme
infantile (Bilan)
PARIS Dact. in 4° 25 P.
Thèse Méd. Paris 1954
N°
Ed. A.G.E.M.P.

3

SCHWARTZ Boris
Traitement de l'asthme
infantile (Bilan)
PARIS Dact. in 4° 25 P.
Thèse Méd. Paris 1954
N°
Ed. A.G.E.M.P.

4

SCHWARTZ Boris
Traitement de l'asthme
infantile (Bilan)
PARIS Dact. in 4° 25 P.
Thèse Méd. Paris 1954
N°
Ed. A.G.E.M.P.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1954

N°

THESE
POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE
(Diplome d'Etat)

Par

SCHWARTZ Boris
né le 1er Avril 1925 à PARIS (XII°)

Présentée et soutenue publiquement le

TITRE
- TRAITEMENT DE L'ASTHME INFANTILE -
(BILAN)

Président
Monsieur le Professeur L. de GENNES



DOYEN HONORAIRE :

M. BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN - BRINDEAU - CADENAT - CARNOT - CHABROL
CHEVASSU - CHIRAY - CLERC - DELBET - GOUGEROT (H) - GUILLAIN -
HARVIER - LAUBRY - LEMAITRE - LEMIERRE - LHERMITTE - LIAN -
LOEPER - MARION - MATHIEU - MOCQUOT - MULON - OLIVIER (E) -
OMBREDANNE - SANNIE - SEZARY - TANON -.

DOYEN Léon BINET (Membre de
l'Institut)

ASSESEUR Jean VERNE

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie Pathologique	DELARUE (A)
Bactériologie	GASTINEL (P)
Biologie appliquée à l'Education Nationale et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie Médicale	VERNE (J)
Cancérologie Médicale et Sociale	HUGUENIN (R)
Carcinologie	OBERLING (C)
(Hotel Dieu	BRCCQ (P)
Cliniques (Broussais	DE GAUDARD D'ALLAINES
Chirurgicales (Salpêtrière	MONDOR (H)
(Cochin	QUENU (J)
Clinique Chirurgicale Réparatrice et Orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R)
Clinique de Cardiologie	DONZELOT (E)
Clinique de Chirurgie Infantile et d'Or- thopédie	FEVRE (M)
Clinique de Chirurgie Pleuro-pulmonaire ..	MONOD (R)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E)
Clinique de Neuro-Chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
Clinique de Puréiculture	LELONG (M)
Clinique des Maladies cutanées et Syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des Maladies du Sang	CHEVALIER (P)
Clinique des Maladies du Système nerveux .	ALAJOUANINE (T)
Clinique des Maladies des Enfants	DEBRE (R)
Cliniques des Maladies infectieuses ...	MOLLARET (P)
Cliniques des maladies mentales et de l'Encéphale	DELAY (J)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551509_0009

Clinique du Diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R)
Clinique Gynécologie	FUNCK-BRENTANO
Clinique Médicale d'Hydro-climatologie Thérapeutique	JUSTIN-BESANCON
Clinique Médicale Propédeutique	PASTEUR-VALLERY-RADOT
(Tarnier	LANTUEJOL (P)
Cliniques Obstétricales (Baudelocque	LEVY-SOLAL (E)
(Port-Royal	LACOMME (M)
Clinique Ophtalmologique	ELTER (E)
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique	AUBIN (A)
Clinique Physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)...	RICHET (C)
Clinique Psychiatrique Infantile	HEUYER (C)
Clinique Rhumatologique	COSTE (F)
Clinique Stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique Thérapeutique Chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique Thérapeutique Médicale	LEMAIRE
Clinique Urologique	FEY (B)
Embryologie	GIROUD (A)
Génétique	LAMY (M)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie .	MOUQUIN (M)
Histologie	CHAMPY (C)
Hygiène et Clinique de la première enfance .	CATHALA (J)
Hygiène et Médecine Préventive	JOANNON (C)
Médecine du Travail	DESCILLE (H)
Médecine Légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie et Histoire Naturelle Médicale	GAILLIARD (H)
Pathologie Chirurgicale	N
Pathologie Exotique	LAVIER (G)
Pathologie Expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie et Thérapeutique Générales	N
Pharmacologie et matière Médicale	HAZARD (R)
Physico-Chimie Médicale (chaire à titre personnel)	DOGNON (A)
Physiologie	SINET (L)
Physique Médicale	STROHL (A)
Radiologie Médicale	DESGREZ (H)
Technique Chirurgicale	MOULONGUET (P)
Thérapeutique	TURPIN (R)
Chaire de la Clinique Médico-Sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRE DE CONFERENCES-AGREGES -ET AGREGES

Anatomie	(DELMAS (A)
	(DEBEYRE (J)

Anatomic Pathologie	(GAUTHIER- VILLARS (Molle P. Pr. s. Ch. (BUSSE (F) (GOUYGOU Bactériologie	(FASQUELLE (R) (NEVOT (A) BOURLIERE Chimie Médicale	(ETTORI (J) Pr.s;Ch. (JAYLE(MF) Pr. s. Ch. (SCHAPIRA (G) DUPERRAT Histologie	(BUIILLARD Pr.s. Ch. (COUJARD (R) DEBRAY (C) Hydrologie	(BOYER (DUPARIS (M) (DEROBERT (L) (HADENGUE Hygiène	(GAULTIER (M) DAVID Médecine Légale	SEZE (S. de) (GRASSET (J) (LEPAGE (F) (MAYER (M) (MERGIER (R) (PAVINA (J) (VARANGOT (J) MORIN Ophtalmologie	(OFFRET (G) (DESVIGNES (P) JUDET (HALPHEN (E) P.s.ch. (AUBRY (MADURO (R) (BRUMPT (L) CHABAUD Parasitologie	(ABOULKER (F) (BAUMANN (J) (GOSSET (J) (HUGUIER (J) (LAURENCE (G) (LEGER (L) (OLIVIER (Cl) (PADOVANI (P) (LORTAT-JACOB (POILLEUX (M) ROUX Parasitologie Coloniale	(RUDIER (J.C) (VERNE (J.M.) Pathologie Chirurgicale	MERKLEN (P) (BERNARD (J) (BOUDIN (G) Pathologie Expérimentale
---------------------------	---	--	--	---	---	--	---	--	--	---	--

		(CASTAIGNE (P)
		(CONTE (M)
		(DECOURT (J)
		(DUMART (A)
		(DREYFUS (Gilbert)
		(FAUVERT (R)
Pathologie Médicale	.....	( HAMBURGER (J)
		(KOURILSKY (R)
		(MILLIEZ (P)
		(PERRAULT (H)
		(RAMBERT (P)
		(THIEFFRY (St.)
		(TURIAF (J)
		(LAROCHE
		(PEQUIGNOT
		(LAMOTTE
Pédiatrie	.....	( LAPLANE (R)
		(MARIE (J)
Pharmacologie	.....	( LEVY Melle Pr. s. ch.
		(CHEYMOL (J.H.) Pr. s. cl
Physique Médicale	.....	( DJOURNO (A)
		(COUGEROT (L)
Physiologie	.....	( BARGETON (D) Pr. s. Ch.
		(PARROT (J.L.)
Phtisiologie	.....	( KREIS
Psychiatrie	.....	( BARUK (H)
Psychiatrie Infantile	.....	( MICHAUX (L)
Stomatologie	.....	( CHAPUT Mme
		(CERNEA
Puériculture	.....	( JOSEPH
Thérapeutique	.....	( PERRAULT Chargé de
		l'enseignement.
Urologie	.....	( KUSS (R)

III. - PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le Service des Examens.

MM. BRINDEAU (A) (Obstétrique), GATELLIER (J) (clinique Chirurgicale), LE LORRIER (V) (Obstétrique), VAUDESCAL (R) (Obstétrique).

IV. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.,

Clinique Chirurgicale	.....	( AMEELINE (A)
		(MEENEGAUX (G)
		(PATEL (J)
		(S.ICARD (A)

MM.

Clinique Médicale	.....	( BROUET (G) (CACHERA (R) (GARCIN (J) (HAGUENEAU (M) (MARCHAL (G) (SOULIE (E)
Clinique Obstétricale	.....	( DIGONNET (L) (EGALLE (G) RENART (G)
Clinique Ophtalmologique	.....	RENAULT (G)
Clinique Urologique	.....	COUVELAIRE (R)

MM.

Secrétaire de la Faculté	.....	MOREL (J)
Secrétaire Adjoint	.....	Melle CHANTREUIL (G)

Conservateur	.....	Dr. A. HAHN
Bibliothécaires	.....	M. DOUAN (G), Mellos DUMAITRE (P), GOICHON (AM) LE NOIR (G), METIN (F)

Par délibération en date du 9 dec. 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur L. de GENNES

Professeur de la chaire de clinique
Médicale à l'Hôpital Broussais,
Médecin des Hôpitaux de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur

Respectueux hommages de reconnaissance pour
l'honneur qu'il nous a fait en voulant bien
accepter la présidence de cette thèse.

A notre maître

Monsieur le Docteur André JACQUELIN

Médecin des Hôpitaux de Paris

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et n'a cessé de nous guider dans son élaboration.

Hommage de respectueuse gratitude pour la
bienveillance avec laquelle il nous accueille
toujours.

A nos maîtres de la Faculté

A nos maîtres dans les Hôpitaux de Paris.

- P L A N -

Avant-Propos : P. 1

1° Partie : Notions étiologiques et pathogéniques capables de guider
le traitement : P. 3

2° Partie : Le bilan thérapeutique : P. 7

A) Traitement de la crise : P. 7

B) Traitement de fond : P. 12

Conclusion : P. 23

Bibliographie : P.

- AVANT - PROPOS -

Une statistique effectuée dans le service de notre maître André Jacquelin à l'hôpital NECKER, relative à 150 cas d'asthme infantile dont 72 seulement furent suivis, pendant une période de trois mois à cinq ans, nous permet de préciser la valeur des différents traitements dans cette maladie. Les enfants amenés à la consultation externe, appartiennent pour la majorité d'entre eux (90 %) au lot des "réfractaires" celui dont l'asthme a débuté depuis des années déjà, et non aux "Bons cas" réagissant bien aux médications, facilement influencés.

Cette statistique est fatalement incomplète. D'une part ces enfants auraient dû être tous suivis pendant de longues années, d'autre part, qu'ils aient été soulagés ou non, 78 d'entre eux n'ont pas été ramenés (aussi, n'en tiendrons-nous compte uniquement que pour apprécier justement les résultats et l'efficacité des divers traitements antérieurs qu'ils avaient suivis avant de venir nous consulter).

Cependant, les résultats que nous nous proposons de commenter demeurent valables pour les 72 enfants suivis.

Nous laisserons de côté bien des éléments thérapeutiques et pathogéniques, en raison soit de leur ancienneté qui fait qu'ils ne sont plus employés à l'heure actuelle, ou au contraire de leur instauration trop récente qui ne nous permet pas, faute de recul, d'apprécier leur réelle efficacité, pour insister sur, ce qui est fait à NECKER dans le service de notre maître A. JACQUELIN.

En effet comme le rappelait le professeur CASTAIGNE vers 1920 : "quels que soient l'intérêt et l'abondance des récentes découvertes théoriques et thérapeutiques, celles-ci ne doivent pas nous faire perdre de vue les anciennes médications qui gardent leur valeur".

1er Partie : NOTIONS ETIOLOGIQUES ET PATHOGENIQUES -
- CAPABLES DE GUIDER LE TRAITEMENT -

Nous n'avons que trois nourrissons, en raison de la spécialité du service et les autres enfants se répartissent ainsi ;

8 de un à cinq ans
24 .. six à dix ans
37 .. onze à seize ans.

L'âge de seize ans fut retenu car trop fréquemment la maladie, ne s'atténue pas spontanément à la puberté (5 cas non améliorés contre 5). Fait reconnu par de nombreux auteurs (P. BLANCHON : 3 - DEBRE-LELONG : 21)/

Pour P. DANIEL, élève de JACQUELIN, 16 % des asthmes de l'adulte se sont déjà manifestés dans l'enfance (20).

Comme le rappelle PASTEUR-VALERY-RADOT "Dans l'asthme, ce qui importe c'est le terrain... Les causes les plus variées peuvent être génératrices de crises".

La notion de débuts précoces, avant l'âge où vire actuellement la cuti (entre dix et vingt ans) permet d'éliminer le rôle de l'infection tuberculeuse (7 cas sur 150) si fréquente chez l'adulte.

Par contre, nous avons relevé 6 cas où le traitement anti-spécifique eut une influence décisive sur des terrains hérédo-syphilitiques, associés d'ailleurs à des dystrophies parfois considérables.

Sont notés, précédant accompagnant les crises :

1 - Des poussées répétées de rhino-laryngo-trachéites voire de trachéo-bronchites descendantes, survenant au moindre refroidissement auquel se révèlent si sensibles ces enfants (L.W.HILL : 27) dans 30% des cas. Ces sujets porteurs d'hypertrophies amygdaliennes, ont souvent été opérés (30 %) tous en vain. L'asthme s'est aggravé dans un cas. (GORELIK (23) trouve 20 % d'échecs et 18 % d'aggravations). Par conséquent les indications opératoires seront-elles mesurées. Seules se trouveront justifiées, celles qui le seraient chez un non-asthmatique (JACQUELIN et CHAIT : 36 - MARLAND : 42 - MASPETIOL et CHAUVET : 44) L'infection sinusienne jouerait une fois sur deux pour J. HARVEN (26) Une fois sur quatre pour E. WINGE-FLENSBERG : 58, une fois sur 150 chez nous, dans d'autres cas, les crises apparaissent après une atteinte pulmonaire (23 %), autre facteur d'aggravation. 10 % des asthmes firent leur apparition après une coqueluche : BLAMOUTIER au Congrès du CNT DORE de 1950 a insisté (11) sur la relation, eczéma-coqueluche, puis asthme.

2 - Souvent prédominant des troubles hépato-digestifs (30%). Les enfants présentant par exemple une intolérance alimentaire évidente (lait, oeufs....) (UNGER et A. WOLF : 55).

La diarrhée et même des selles abondantes, pâles, fétides, témoignent d'une insuffisance surtout hépato-pancréatique (15 %) chez "ces petits hépatiques inassimilables" de FOURIQUAND : 17) bien que les récents travaux de TURIAF et de BLANCHON : (54) n'aient pu démontrer chez l'adulte cette perturbation. Le pancréas entre également en jeu, comme en témoignent les succès thérapeutiques et l'expérimentation (POLONOWSKI : 47).

Ces faits que l'on doit rechercher systématiquement sont importants (R. LE CLUYSE : 41) puisqu'ils nous permettent de rattacher certains asthmes à une anaphylaxie alimentaire facile à corriger par la pepsine et la pancréatine. Ainsi un fœtus un peu gros, sensible, des nausées faciles attireront l'attention, de même une anorexie.

3 - La majorité de ces enfants révèlent des êtres nerveux , en proie à des accidents spasmodiques. Ils dorment mal, présentent une émotivité évidente à l'examen. Parfois, chez 4 % d'entre eux, des accès de laryngo-spasmes font craindre le pire par leur aspect impressionnant (JACQUELIN : 30)

L'hyper-reflectivité presque constante traduit une tendance spasmophile expliquant l'effet surprenant, parfois souverain des rayons ultra-violets considérés par JACQUELIN et par nous-mêmes comme le meilleur traitement (86 % de succès).

CROIZAT, LAGEZE et VALIN (12) sont encore plus enthousiastes, puisque sur 227 cas, ils ne comptent que trois échecs.

4 - D'autres manifestations ne sont pas moins évocatrices (PASTEUR-VALERY-RADOT BLAMOUTIER et P. et J. BESNCON : 46) (BLAMOUTIER : 2) tels les accès de coryza spasmodique périodique ou non (38 %) liés aux allergènes les plus divers (poussières, pollens, odeurs de friture par exemple).

Cette sensibilité nasale révèle l'aptitude allergique qui peut naître aussi vis à vis du médicament employé à la combattre (THOMAS et RICHMOND : 53.

De même sont importantes les réactions cutanées (45 %) tels l'urticaire, le strophulus et surtout l'eczéma réalisant une des formes les plus évidentes des alternances morbides de BROCC.

5 - Parfois, nous nous trouvons en présence d'asthmes aggravés par des facteurs généraux dystrophiques-rachitiques (20 %) ou névropathiques (MICHELET : 18)/

Parmi les premiers, bon nombre de ces jeunes sujets appartiennent à deux types :

Les uns sont replets, souvent lymphatiques adénoïdiens, ganglionnaires, blonds et pâles (10 %). (MOURIQUAND : 17 JACQUELIN 30)

Les autres, chétifs, maigres, hypotrophiques, ont souvent un retard pondéral, statural et dentaire (5%).

On ne s'étonnera pas de trouver une énurésie prolongée, une ectopie testiculaire, une évolution génitale retardée après l'âge de 14 ans (40 %) un phimosis. Les signes de rachitisme relevés au massif facial, engendrent une diminution du calibre des choanes (JACQUELIN : et OECONOMOU : 33). Or, s'il faut rejeter, avec tant d'autres, l'asthme d'origine exclusivement nasal, il importe que la perméabilité du nez soit normale pour protéger les voies respiratoires contre les variations excessives de la température de l'air inhalé, les poussières allergiques, les germes pathogènes.

Non moins intéressantes apparaissent les dystrophies thoraciques (cypho-scoliose, aplatissement latéral des côtes, concavité xypoidienne) car étant donnée la flexibilité osseuse dans le jeune âge, les crises répétées renforcent ces déformations par le vide inspiratoire qu'elles provoquent. Un cercle vicieux se développe ainsi, si l'on n'agit pas, entre la maladie et la déformation thoracique.

Le regretté professeur BRISKAS, dans un de ses cours aux "Enfants Malades" nous a rappelé que, si l'asthme de l'enfant n'était pas mortel, il créait cependant des infirmités.

Une gymnastique rationnelle devra être instituée pour essayer d'y porter remède.

D'autres asthmes, trouvent leur principal facteur d'aggravation dans des perturbations psychiques intenses (England : 13. Hollande : 15. Grobon : 24). Parfois le dérèglement se traduit par des phobies, de l'anxiété, surtout par une terreur panique des crises. L'abus des sympathicomimétiques l'aggrave encore. Une auto-suggestion par représentation mentale des crises peut également se produire. Parfois naissent de véritables psychoses et une utilisation de la crise à des fins purement affectives (HARVEN : 26). De tels faits nécessitent une psychothérapie avertie du malade et de l'entourage.

6 - Dernière constatation étiologique est le terrain (notion primordiale même pour les anglo-saxons), héréditaires et familial.

On retrouve avec une grande fréquence chez un membre de la famille soit l'asthme lui-même, soit un de ses aspects mineurs, tel que le rhume des foins, soit une autre manifestation allergique : urticaire, oedème de quincke, migraine.

En conclusion de cette courte étude générale de la maladie, étude indispensable pour guider le traitement, remarquons que l'asthme infantile n'offre en général ni la gravité, ni la tenacité de l'asthme chez l'adulte.

Les états de mal ne se voient pour ainsi dire jamais. Les seules formes graves, résultent soit de l'existence d'une épine irritative locale importante (foyer de sclérose post broncho-pneumonique) soit de facteurs généraux dystrophiques ou de participation psychique surajoutée. Partout ailleurs, l'affection évolue par accès. Insistons sur cette évolution périodique si marquée chez l'enfant et qui semble correspondre à une auto-intoxication s'accumulant entre les crises, une décharge brutale se produit lors de celles-ci qui apparaissent comme un effort de libération. Ce qui en témoigne, c'est leur remplacement possible par un eczéma suintant, une poussée de diarrhée. Les prodromes qui parfois les annoncent ont la même signification.

Ajoutons que l'atténuation vers la puberté ne saurait être escomptée avec certitude (20 % de guérison seulement pour MOURIQUAND G. et CL. 17 pour LESNE et Mlle DREYFUS l'asthme persiste souvent après 10 ans : 10). Cette atténuation n'est d'ailleurs pas toujours définitive puisque l'épithète de guérison est impropre à l'asthme. Les termes de sédation de rémission peuvent seuls, honnêtement et véridiquement lui convenir (JACQUELIN : 29).

II^e partie : LE BILAN THERAPEUTIQUE -

Nous nous bornerons à situer les traitements qui paraissent présenter le plus d'intérêt. En effet le scepticisme rencontré, lorsqu'il s'agit de l'asthme infantile, est non seulement injustifié, mais porte le plus grand préjudice au malade. Par ailleurs l'enthousiasme excessif vis à vis des nouvelles thérapeutiques doit être tempéré.

Il importe avant tout de s'attaquer au fond de la maladie dans la mesure du possible et non se limiter comme nous l'avons vu dans 85 de nos cas sur 150 aux médications symptomatiques.

Aussi, indiquerons-nous l'essentiel de la conduite thérapeutique dans les éventualités cliniques les plus communes, sans méconnaître ce qu'elle comportera de schématique, chaque malade ayant son individualité propre, ce qui oblige à exercer dans chaque cas le choix le plus convenable.

A - TRAITEMENT DE LA CRISE -

1 - CRISES HABITUELLES LEGEREMENT OU NON PYRETIQUES, SANS INFECTION IMPORTANTE SURAJOUTEE.

A) - Trop de médecins prescrivent encore les sympathicomimétiques. Or les perturbations que ces derniers créent dans l'organisme ont des effets secondaires défavorables, hors de proportion avec le soulagement procuré.

Sur 85 enfants observés, nous avons noté que ces médications antérieurement employées avaient eu :

36 % d'effet spectaculaire,
16 % d'effet partiel,
et 48 % d'échecs.

Mais contrairement UNGER et WOLF (55) et au 2^o congrès international du MONT DORE, BLAMOUTIER, CLAUDE, HALPERN, HAMBURGER, LE NEGRE, PASTEUR-VALERY-RADOT, JACQUELIN, rejettent : Adrénaline, extraits surréniaux, éphédrine-caféine, sauf cas d'urgence exceptionnelle où il faudrait stopper à tout prix une crise très grave.

On ne dépassera pas 1/4 à 1/2 mg. d'adrénaline. Si l'état l'exige, mieux vaut faire une deuxième injection une demi-heure après la première. Mais le thérapeute n'oubliera pas que ces produits exagèrent le déséquilibre neuro-végétatif et augmentent le "Fond dyspnéique continu" (DEBRE. LELONG : 21) (JACQUELIN : 32) (HAMBURGER : 25). Retenons toutefois qu'un nouveau venu "l'adrenalone" qui ne posséderait aucun de ces inconvénients (RAVIRA MAIGNAN : 48)

- Les aerosols adrenalinés trop dangereux ne seront jamais utilisés (J. LECOMTE : 40), en raison du risque d'hypertension brusque et d'œdème aigu.

- Une courte nébulisation buccale d'aleudrine peut être conseillée, sous réserve de ne pas la répéter et d'en prévenir l'entourage. Il faut être moins optimiste que F.J. FLORES et COLL. (22) qui emploient l'aleudrine en aerosols en associant presque toujours par la même voie des antibiotiques. L'aerosolthérapie peut être irritante, congestionnante et aggrave certaines crises chez les sujets possédant une muqueuse hypersensible, pour peu que le micro-brouillard ne soit pas exactement à la température optimale. Elle détend les autres, mais rarement d'une façon prolongée. Sur 9 enfants auxquels ils avaient été conseillés, 4, seulement furent améliorés.

- La vieille poudre Legras peut aussi rendre des services appréciables (MARQUEZY : 43).

- L'éphédrine en ingestion n'est indiquée qu'à titre provisoire, en sirop mellité, à petites doses, au dessus d'un an.

26 % des enfants en avaient fait usage avec des résultats satisfaisants une fois sur deux (dose : 1/2 à 3 centigrammes)

- Des anti-histaminiques de synthèse ne furent retenus que le phénér-gan et le multergan (3 centigr. par année d'âge). S'ils n'ont pas les mêmes inconvénients, ils ne sont pas toujours bien tolérés, provoquant parfois des nausées, des troubles digestifs, de la somnolence.

Leur activité semble plus préventive que curative, car ils n'ont aucun pouvoir désensibilisant. Leur action est purement symptomatique, avec des résultats tantôt brillants, tantôt nuls.

- de tous les traitements symptomatiques les plus actifs et en même temps les moins dangereux, nous retrouvons comme chez l'adulte :

en suppositoires, l'aminophylline et surtout la théophylline (2 centig. par année d'âge), préconisées en 1946 par A. JACQUELIN ET J. TURIAF, ces agents, puissamment sédatifs, sans inconvénients secondaires, n'entraînent aucune accoutumance.

L'action est meilleure (la théophylline seule peut provoquer de l'insomnie et une agitation incessante de l'enfant même à doses modérées) lorsque l'on associe la théobromine - l'extrait de valériane (aux mêmes doses) et l'aspirine dont l'effet "Cortisone Like" pour être modérée (J.A.COCHRAN : 7) n'en est pas moins réel. Il convient toutefois d'insister sur les cas d'intolérance à ce dernier médicament (JACQUELIN et COLL : 29 - P. MARLAND : 42) Rappelons d'ailleurs que les malades qui la présentent sont plus difficiles à désensibiliser et qu'elle comporte par conséquent une signification pronostique défavorable comme l'ont montrée STORM VAN LEUWEN, JACQUELIN,

- Une large application de ventouses, scarifiées ou non, sera d'un excellent appoint (BLECHMANN : 4 - MAURIC et DAUMART : 16).

- Enfin s'impose un régime déchloruré strict pendant quelques jours, puis peu salé.

2 - CRISES DYSPNEIQUES AVEC INFECTION BRONCHIQUE SURAJOUTEE ET FIEVRE ELEVÉE.

- Les sulfamides, si souvent mal tolérés, par les asthmatiques seront rigoureusement proscrits.

- Le plus souvent, l'infection n'est pas sévère :

Une ampoule quotidienne de vaccin vuccal anti-pyagène
(type Lysat-Vaccin) sera associée à
Deux suppositoires quotidiens de bromhydrate de quinine
(0,10 à 0,20 Gr. selon l'âge).

La vaccinothérapie agit sur l'élément bronchitique et non sur l'asthme lui-même, mais empêchant l'infection localisée qui revivifie et entretient les crises, elle a une action efficace.

- Après la phase aiguë fébrile du début, si les signes bronchitiques persistent, des médications empiriquement éprouvées, tels que les désinfectants aromatiques trouvent leur indication : Goménol-essence de Myrte. par contre ne jamais prescrire : Créosote, Gaïacol ou Thio-col en raison de leur effet congestionnant et trop asséchant.

Rappelons encore que la Belladone chère à TROUSSEAU présente aussi ce dernier inconvénient.

- Ce n'est que dans le cas d'infection broncho-pulmonaire sévère que les antibiotiques doivent être employés.

L'association pénicilline-streptomycine en injections intra-musculaires (en raison du synergisme obtenu et de l'éventail étendu du spectre anti-bactérien) est alors indiquée. La bronchocilline peut remplacer la pénicilline chez les enfants âgés de plus de quatre ans. En raison de son affinité pulmonaire.

Les autres antibiotiques employés "Per os" sont fréquemment mal tolérés par les voies digestives de l'asthmatique ou peuvent causer des incidents (auréomycine), voire des accidents parfois graves (AGUIRRE JACA : 1).

La chloromycétine et l'erythromycine sont mieux acceptées même avec la chloromycétine l'emploi doit être court (WILSON : 57)

Enfin cette attitude thérapeutique ne prendra jamais la forme d'une routine.

3 - LES CRISES GRAVES.

Elles sont rares si l'on a employé les moyens précédents : si l'on sait temporiser. Cependant elles peuvent exister.

A) - Avant l'apparition de l'A.C.T.H. et de la cortisone, on utilisait avec grand profit la Pyrétothérapie.

Malgré VALIN (56) qui ne la conseille pas avant l'âge de huit ans, l'huile soufrée à 1 et 2 % (PASTEUR-VALERY-RADOT et MAURIC : 45 BESANCON et JACQUELIN: (5) en injections intramusculaires tous les deux jours, en partant de 1/2 cc. pour atteindre 1,5 à 3 cc. selon l'âge et la sensibilité de l'enfant présentait des avantages incontestables, ce qui importe, c'est d'obtenir une série de clochers fébriles à 39, 39,5° qui presque toujours feront céder la dyspnée.

- L'abcès de fixation préconisé dès 1908 par MONGORGE était réservé aux formes les plus graves selon deux techniques :

- Injection sous cutanée d'essence de térébenthine - 1/2/ à 1 cc. provoquant la formation d'une collection à inciser.

- Celle de micro-abcès évitant l'incision secondaire (MICHELET cité par VALIN : 56)

Avant les hormones, c'était la seule ressource dont on disposait pour suspendre une crise grave. Quand l'abcès "prenait", on voyait la dyspnée diminuer dès que la fièvre atteignait 39° c'est à dire vers la 12° ou 15° heure et céder 24 heures plus tard pendant que se constituait la tuméfaction de la cuisse. L'abcès n'était pas ouvert avant le 5° ou 6° jour et la suppuration entretenue, en mêchant le trajet. Le répit durant plusieurs semaines, permettait de commencer une thérapeutique de fond.

B) - A l'heure actuelle sont utilisées de préférence : l'A.C.T.H. ou la cortisone. Dans ce cas, il est rationnel d'associer les antibiotiques chez les sujets présentant une infection bronchique, car ces hormones provoquant une perte des fonctions d'immunité, peuvent entraîner ainsi la dispersion de l'infection jusque là localisée.

Il est également conseillé de faire observer aux malades ainsi traités, un régime déchloruré et une cure de réduction hydrique.

l'A.C.T.H. Parait d'une grande efficacité, lorsque le test de THORN est positif (abaissement de moitié au moins, du chiffre des éosinophiles

comptés à l'hématimètre quatre heures après la première injection de 25 mg.). doses quotidiennes de 25 à 100 mg. selon l'âge en quatre fois. dans le cas contraire, ou lorsque le test ne peut être fait, on se fondera sur l'absence d'amélioration de la dyspnée,

La cortisone aux doses de 50 à 250 mg. par jour en quatre injections arrêtera l'évolution de la crise. un à trois jours suffiront tant le résultat est spectaculaire, l'asphyxie cède comme par miracle et fait place sans transition à l'euphorie. La toux, la dyspnée, les râles et l'expectoration pour le grand enfant, disparaissent tantôt complètement, tantôt partiellement. Cette courte durée du traitement chez l'enfant, permet d'éviter les incidents parfois rencontrés chez l'adulte (ROVINSKI et VINCENT: 49).

Mais, si ce moyen, sous réserve de la prudence nécessaire est curatif d'une façon souvent si extraordinaire, il ne possède aucune action préventive (JOSEPH et JOB : 38). C'est pourquoi, il vaut mieux s'en abstenir dans les formes mineures courantes. Le traitement hormonal présente en effet des aléas. Une fois la crise stoppée, la maladie reprend son cours plus ou moins rapidement, parfois même plus violemment qu'auparavant.

Pour mémoire rappelons l'appoint utile de l'oxygène en cas de cyanose, soit en sous-cutanée, soit en inhalation (DEBRE-LELONG:21) Mais cette dernière voie peut entraîner l'irritation de l'épithélium bronchique.

L'oxygène quoi qu'il en soit, garde ses indications, étant anti-asphyxique, anti-toxique et sédatif.

En terminant insistons une fois de plus sur le danger de prescrire des corps comme l'adrenaline et plus encore des opiacés, car l'enfant ainsi drogué voit son mal s'accroître.

- B) TRAITEMENT DE FOND DE LA MALADIE ASTHMATIQUE -

La crise stoppée, on oublie trop souvent que le plus important reste à faire. C'est ce que nous avons constaté en dépouillant les observations de nos jeunes asthmatiques et en pronant connaissance

des traitements qu'ils avaient reçus.

Evidemment, nombreux sont les auteurs qui pensent qu'il est difficile de juger les effets thérapeutiques lorsque l'on s'attaque à une affection aussi variable et capricieuse que l'asthme infantile avec sa tendance (lit-on dans les traités) à l'amélioration spontanée quand l'enfant grandit.

Sans doute en raison de ce fait que la consultation de H.A. JACQUELIN à NECKER est surtout fréquentée par des adultes, nous avons retrouvé 30 % de jeunes malades âgés de 14 à 16 ans.

Or, dans l'ensemble des cas observés, chez 63 d'entre eux sur 72, nous avons vu s'amender complètement des crises qui duraient depuis longtemps (88 % des asthmes dataient depuis 2 à 16 ans) sans doute en fonction d'un traitement qui fut poursuivi avec persévérance pendant plusieurs années.

Nous enregistrons 8 échecs (donc un seulement sur 9 cas traités) dont trois vrais : un traitement dura cinq mois, une autre douze mois, le dernier trois ans. Les cinq autres enfants ne purent être suivis que pendant trois à quatre mois seulement.

Les succès prouvent nos affirmations, puisque nous avons obtenu : chez trois nourrissons : une amélioration datant de plus d'un an.

chez 8 enfants de 1 à 5 ans : 3 sédations remontant à plus d'un an.
 ... 24 6 . 10.. : 5 sédations maintenues pendant 1 à 4ans.
 8 améliorations de 1 à 3 ans.

... 37 11 .16.. : 4 rémissions complètes de 1 à 5 ans
 (dont 3 furent suivies de rechute) 4 améliorations de 1 à 4 ans.

Au total 25 succès de plus d'un an (une fois sur trois) se repartissant de la façon suivante :

8	ont été constatés	durant un an :	dont 7	sédations complètes
10 .. ..	.....	..... 2 ans	.. 4	.....
5 .. ..	.....	..... 3 ..	.. 1	.....
1 .. ..	.. ....	..... 4 ..	.. 0	.....
1 .. ..	.....	..... 5...	.. 1	.....

Les autres enfants améliorés ou guéris, (au nombre de 47) ne purent être suivis plus d'une année.

Voyons les détails de la thérapeutique, telle qu'on peut la concevoir et que nous l'avons vu effectivement mise en oeuvre.

1 - CURE DE DESENSIBILISATION.

A/ Nous n'avons jamais fait appel (MALGRE P. ROYER : 50) en accord avec de nombreux auteurs (STERLING, FISCMAN, SHARP : 51 - HARVEN : 26) à la désensibilisation spécifique. PASTEUR VALERY RADOT assure d'ailleurs qu'il s'agit d'une méthode longue, coûteuse, inconmode, qui n'est pas à l'abri d'incidents parfois impressionnants" en outre :

1° - La méthode de diagnostic par les tests cutanés, déjà compliquée, contradictoire, en désaccord avec la clinique est variable d'une année à l'autre. En raison de la polysensibilisation des sujets ;

2° - Cette sensibilisation polyvalente devrait donc logiquement comporter des cures trop fréquentes, chaque fois reprise en fonction des allergies nouvelles;

3° - Enfin l'asthme infantile n'apparaît que très peu d'ordre allergénique. Bien entendu, il est demandé aux familles de s'efforcer de reconnaître, en variant le régime, si tel ou tel aliment n'est pas responsable des accidents. On conseillera à titre d'épreuve, un changement de literie, de chambre, voire, lorsque c'est possible, d'appartement ou de région. Or, le plus souvent on ne découvre rien.

B/ Dans les sensibilisations exogènes, notre maître A. JACQUELIN préconise une technique qui fusionne plusieurs procédés de désensibilisation, les variantes individuelles étant dictées par la constitution vago-séborrhéique ou hyper-spasmodique du sujet, par l'existence ou non d'infections surajoutées, Etc... en somme par les conditions particulières du terrain morbide étudié dans chaque cas.

19

Cette technique comporte ainsi :

- Injections intra-veineuses soit d'hypo-sulfite de magnésium, soit de bromure de calcium associées à :
 - l'auto-hémothérapie et à la peptonothérapie.
 - ou selon les cas à la vaccinothérapie.

TECHNIQUE :

Deux fois par semaine : injections intra-veineuses lentes d'hypo-sulfite de magnésium ou de Bromure de calcium à 10 % (2 à 5 cc.) aspirer ensuite, 1,2,3, 4, cc. ou 3,5,7, cc. de sang (selon l'âge). Ce sang sera réinjecté dans la fesse après mélange à 1/4 ou 1/2 cc. d'une solution de peptone à 10 %. Ainsi sur 45 enfants, nous trouvons dès la mise en oeuvre de ce premier traitement : 25 sédations complètes (55 %) , 12 améliorations (27 %) , 7 échecs (18 %)

C/ La chrysothérapie est très rarement indiquée chez l'enfant, en intra-veineuse par la crisalbine à très petites doses (malheureusement ce sel d'or n'est plus fabriqué) ou l'allochrysine, que l'on dissout dans l'hypo-sulfite de magnésium ou le bromure de calcium, sera associée à l'auto-hémothérapie et à des extraits hépatiques. Ainsi on n'obtient jamais de phénomènes d'intolérance ou d'accidents rénaux.

Sur 4 enfants : 2 sédations furent notées dont une de 2 ans suivie de rechute. et 2 améliorations.

Cette méthode a été seulement appliquée aux cas où les antécédents personnels et familiaux, les radiographies pulmonaires, l'hyper-allergie tuberculinique, affirmait l'existence d'un terrain bacillaire.

D/ La tuberculinothérapie et l'antigénothérapie ne furent elles aussi mises en oeuvre que pour les mêmes rares cas où les tests tuberculiniques révélèrent une hyper-allergie cutanée et générale, suivies d'une réaction syndromique décrite par JACQUELIN et TURIAF au 2^o congrès international du MONT DORE (14).

Furent obtenues avec l'antigène méthylé : une amélioration de 2 ans et avec la tuberculinothérapie : une sédation complète

de 3 ans et une autre de 5 ans chez un enfant qui avait rechuté après chrysothérapie. En raison de la rareté du facteur bacillaire chez l'enfant, nous ne décrirons pas la technique détaillée de la tuberculinothérapie et de l'antigénothérapie, technique qui a été exposée par A. JACQUELIN dans "Les tuberculoses atypiques" (28).

E/ Dans les cas où les troubles digestifs sont évidents (20 %), à type d'insuffisance des sécrétions gastriques, hépatiques et surtout pancréatiques, il y a lieu de soupçonner que l'asthme relève d'une allergie alimentaire, principalement lorsque des poussées d'urticaire coïncident ou alternent avec les crises.

Il est dès lors, rationnel d'essayer un traitement d'épreuve associant : pepsine-acide chlorhydrique-pancréatine (cette dernière dans un enrobage spécial pour éviter l'action inhibitrice en milieu acide).

Ce traitement d'épreuve tenté dans de tels cas procura effectivement des résultats très intéressants : 75 % de sédations.

8 % d'améliorations.

17 % d'échecs.

Dans une autre éventualité assez voisine où l'asthme s'accompagnait d'une langue anormalement sale, et de selles fétides, d'excellents effets furent parfois obtenus du régime de crudités adouci type BIRCHER-BENNER.

Il semble bien que l'abondance des aliments frais et vitaminés exerce une réelle action de désintoxication. De plus, il aide à tolérer l'alimentation carnée, qui doit, impérativement occuper chez les jeunes une place importante. De toute façon, il y a lieu de proscrire tout régime trop strict, trop déséquilibré, qui serait plus nocif qu'avantageux chez des sujets en pleine croissance.

F/ Il n'est pas jusqu'à l'existence de stigmates dystrophiques et hypotrophiques, anormalement accentués qui aient portés notre maître, même en l'absence d'une sérologie positive, à scruter les antécédents héréditaires, et à instituer un traitement d'épreuve

bismuthique antisypilitique. Le succès fut total dans 6 cas :

un enfant fut suivi 1 ans

un second 3 ans

un troisième ... 4 ans.

un tel traitement, par son action décisive, non seulement sur l'asthme, mais sur un état général et la croissance, a fait la preuve clinique d'une hérédo-syphilis jusque là méconnue. (Ce traitement ne fut associé à l'hormonothérapie par les androgènes que dans un seul cas). Mais ce sont là, de même que pour l'origine bacillaire, des faits particuliers, que nous devons mentionner pour démontrer combien un examen clinique minutieux peut orienter à lui seul un traitement directement inspiré par la pathogénie.

G/ Il en va de même dans les cas où un déficit glandulaire se manifeste avec netteté ainsi qu'un retard considérable de la croissance et du développement physique, ne sauraient manquer de justifier soit une hormonothérapie (surtout par les androgènes) soit une opothérapie par laquelle les extraits de thymus, ou bien des extraits orchitiques ou thyroïdiens selon le contexte clinique, nous semblent les plus indiqués, en association avec un des traitements principaux.

H/ Quand aucune de ces étiologies spéciales n'apparaît, surtout lorsque des stigmates plus ou moins manifestes du type rachitique existent (45 % des cas), on conseillera de longues séries de rayons ultra-violets (2 à 3 série de 15 à 20 séances) chaque hiver. Elles constitueront la base du traitement que l'on associera avec profit aux autres procédés déjà décrits.

Il faudra exiger, qu'en fin de série, les doses soient poussées jusqu'à pigmentation. Souvent en effet, les résultats restent partiels ou peu durables, faute de doses suffisantes.

Au cours des traitements antérieurs, 22 % seulement des enfants avaient reçu des irradiations d'ailleurs insuffisantes avec 80 % de succès très incomplets. A la condition d'être reprise chaque hiver pendant plusieurs années, et complétée par l'héliothérapie

naturelle, et par les autres médications désensibilisantes, cette actinothérapie s'est révélée remarquablement efficace, d'autant plus que l'enfant est plus jeune et l'asthme plus récent.

50 % de sédations définitives.

36 % d'améliorations.

dans 33 cas sur 72

14 % d'echecs.

BIANCANI eut 4 echecs sur 72 cas (8)

Le mécanisme purement hypothétique de l'action des rayons ultra-violetts serait attribuable soit à un réflexe cutané-bronchique, soit à une action globale sur le système neuro-végétatif (DE GENNES : 9).

La radiothérapie thoracique ou splénique n'a pas été tentée. Dans un seul de nos cas où telle avait été mise en oeuvre antérieurement, elle s'était d'ailleurs soldée par un échec.

Aux rayons ultra-violetts sera toujours associée une calcithérapie, prolongée elle aussi, en alternant par voie rectale des suppositoires de gluconate et, par voie buccale, l'hypophosphite de calcium, sel peu oxydé à pouvoir de fixation très satisfaisant (TIXIER 52, POLONOWSKI : 47).

La vitaminothérapie A et D conjuguée, sous la réserve d'être utilisée à petites doses, complète cette action.

Parmi les autres procédés physiothérapiques, rappelons que la roentgenthérapie a été proposé par A. JACQUELIN (37). Elle vise la pathogénie que les nombreuses incidences psycho-émotives de l'asthme ont amené notre maître à situer aux centres neuro-végétatifs supérieurs. (35) Or la radiothérapie diencephalique actuellement employée sur une vaste échelle par A. JACQUELIN chez les asthmatiques adultes n'a pas été appliquée aux asthmes infantiles sauf dans un cas, où elle a amené une sédation complète.

AUTRES MEDICATIONS

Elles sont peu nombreuses, mais en les choisissant bien, en fonction du type constitutionnel, elles apparaissent précieuses, aussi bien l'iode que le soufre.

- 1/ L'iode, au premier chef, convient aux enfants blonds, apathiques, dont l'asthme s'associe à des réactions lymphoïdes (amygdales-adenoides-ganglions) et à des bronchites exsudatives. L'acrocyanose, la frilosité l'indiquent également. Par contre l'iode sera proscrit aux jeunes malades maigres, agités, bruns, à peau fine. Ou bien, si on l'essaie dans ces cas, on le fera avec circonspection à très petites doses. On aura parfois la surprise de tolérances paradoxales, comme l'intolérances incompréhensibles. Différentes préparations sont utilisables :
- ingestion de sirop iodo-tannique (3 cuillerées à café ou à dessert selon l'âge) de peptone iodée (V à X g. le matin puis matin et midi, ~~enfin~~ matin, midi et soir.)

Mais les hépatiques supportent assez mal ces médications "Per os" aussi leur préférera-t-on, sauf chez les enfants trop nerveux les -injections intra-musculaires de "Lipiodol Lafay Lourd" à 40 % (1 à 2 cc.) dont la résorption très douce assure une imprégnation iodée, plus prolongée qu'intensive.

Dans nos observations, le Lipiodol n'a jamais entraîné de réactions thyroïdiennes secondaires. Employé chez 10 % de nos jeunes asthmatiques nous ne trouvons qu'un seul échec.

Quelle que soit sa modalité d'applications, l'iodothérapie doit être administrée pendant de longues périodes. "Per os" elle sera conseillée 20 jours par mois (six mois de suite au minimum). Il est recommandable de la reprendre chaque hiver.

En injection : deux fois par semaine les quatre premières puis 2 à 3 par mois. Au total 15 à 20 injections pendant l'hiver.

A titre préventif, il est bon de les commencer dès le début du mois d'octobre. En été, ces petits lymphatiques iront passer leurs vacances sous un climat marin doux (sous la seule réserve que les rayons ultraviolets et la calcithérapie aient déjà diminué leur tendance spasmodique et asthmatique) . les Plages du sud de la Bretagne (BEIG-MEIL,

QUIBERON surtout) et des Landes (Arcachon, Mimisan, Hossegor) leur conviennent très bien.

2/ QUANT AU SOUFRE, il exerce une action importante dans le sens d'un drainage. C'est tout au moins la signification la plus vraisemblable de l'effet cholagogue et laxatif qu'il produit.

Par ailleurs, il est doué d'un pouvoir anti-toxique et anti-anaphylactique dévolu principalement aux hyposulfites comme l'ont montré RAVAUT LEMIERRE. Nous rappellerons qu'il est le médicament type des asthmes exsudatifs associés aux catarrhes muco-purulents abondants et récidivants du nez et du rhino-pharynx. ("Le pus appelle le soufre" disait LERMOYEZ. Dans les cas d'asthmes associés à une infection, le soufre ne doit pas être utilisé pendant les crises ou trop près d'elles, mais dans leur intervalle, dès qu'elles commencent à s'espacer. (18% d'échecs seulement sur 45 cas).

Au début la préférence sera donnée à l'hyposulfite de magnésium (le sodium ne convenant pas à la constitution asthmatique). Plus tard, cette thérapeutique devra être utilement reprise ou prolongée par le soufre sublimé lavé pur granulé : en ingestion : 0,50 à 1 gr. selon l'âge en trois prises ou par les combinaisons thio-organiques.

Le soufre et l'iode seront volontiers associés, 20 jours par mois, au moins pendant six mois, chaque année, entre les périodes de calcithérapie. Par ailleurs les eaux sulfureuses, dont notre pays possède une gamme si riche, offrent également des ressources très variées. (SAINT HONORE, à la rigueur ALLEVARD et CHALES, de préférence à CAUTERETS et LUCHON qui risquent d'être trop congestionnants).

3/ - La vitamine C surtout prise en hiver et au Printemps (à la dose de 0,10 à 0,25 Gr. selon l'âge) conviendra aux asthéniques., aux neurotoniques à prédominance vagale (HOCHWALD-JEYNADIER cités par MOURIQUAND (17), son action s'expliquerait par son tropisme vis à vis des surrénales en particulier.

4/ - Enfin chaque mois, pendant les 10 jours sans iode ni soufre, un comprimé de Calomel le matin au réveil (0,01 à 0,02 gr.) dont l'action paraît dépasser la simple stimulation hépatique, viendra renforcer la

thérapeutique générale.

- CURES THERMALES ET CLIMATOTHERAPIE -

1/ - Par contre sera écarté le classique arsenic, souvent mal supporté par le foie, sauf sous la forme de la cure Bourboulienne (850 m. d'altitude) convenant particulièrement (Jumon) à l'association asthme-eczema (sur 150 enfants, 21 avaient auparavant effectué cette cure et 10 d'entre eux en avaient tiré profit).

2/ - Le soufre de SAINT HONORE, nous l'avons vu plus haut pour les tout jeunes, améliore surtout les asthmes intriqués de rhino-trachéo-bronchite descendantes à répétition et de poussées fortement exsudatives (50 % de succès parmi 13 sujets).

Plus tard et seulement si la rémission de l'asthme est obtenue, on pourra les diriger sur CAUTERETS ou LUCHON, avec prudence, sous la réserve de cures très doucement menées.

3/ - LE MONT DORE à 1050 m. D'altitude (CLAUDE : 6) convient aux enfants plus âgés, aux adolescents chez lesquels la sensibilisation respiratoire semblerait allergénique (75 % de résultats favorables chez 7 de nos malades, les eaux faiblement arsenicales, radio-actives sont sédatives et décongestionnantes. De plus l'altitude agit elle aussi.

4/ - Nous avons vu les bienfaits d'un climat marin doux, puissamment actif sur les lymphatiques.

5/ - La haute altitude, au-dessus de 1.000 m. où l'air est froid, sec et pur, leur est également salutaire. Dans certains asthmes, elle constitue parfois le seul moyen thérapeutique. 10 de nos jeunes asthmatiques sur 150 purent y faire de longs séjours et y furent tous améliorés, voire cliniquement guéris. Mais pour que ce résultat se maintienne, il faudrait que l'enfant y vive en permanence (PASTEUR-VALERY-RADOT : 19).

6/ - Nous avons déjà mentionné la gymnastique attentivement contrôlée qui comporte d'après ROYER (50) une gymnastique à la fois respira-

toire, corrective des déformations thoraciques et rééducative de l'acte respiratoire.

7/ - Rappelons la nécessité d'une psychothérapie surtout indiquée chez les grands névropathes.

Parfois le gardénal se révélera utile dans les simples cas d'hyper-nervosisme par son action sur l'hypothalamus qui entre en jeu dans l'asthme (JACQUELIN et COLL. : 35/37) et sur les zones psychomotrices. Mais son emploi ne doit pas être systématique, et les doses seront modérées car les barbituriques dépriment à des degrés divers le centre respiratoire bulbaire.

8/ - Une dernière indication intéressante : on peut et l'on doit s'efforcer d'aguerrir ces enfants au froid auquel ils se révèlent si souvent hyper-sensibles. BRISSAUD, DEBIDOUR ont insisté sur cette action à laquelle les mères sont si hostiles et incrédules.

C'est au médecin qu'il incombe la force de persuasion destinée à convaincre la famille du bienfait de l'hydrothérapie fraîche, puis froide.

Pour la rendre moins pénible, on commencera en été, en la réalisant le matin, au saut du lit. La température de l'eau sera graduée, tiède d'abord puis de plus en plus froide, soit sous forme d'ablutions avec une grosse éponge ou bien de douches (procédé plus facile et moins pénible) ou même de bains.

L'application sera brusque et courte, une à trois minutes au plus. Un bain de pieds chauds, une friction énergique, aideront à "faire la réaction". L'enfant se recouche ensuite pendant quelques minutes.

Les blonds, gras, lymphatiques en tireront le meilleur profit comme de l'iode et des plages marines.

Cette méthode, vieille peut-être mais si peu employée, méritait d'être rappelée, car simple et efficace. La grande difficulté est de la faire accepter. Mais pratiquée correctement, elle s'inscrit avec les rayons ultra-violetts qui restent le meilleur moyen d'action sur un terrain d'hypersensibilité.

- CONCLUSIONS -

1/ - Du dépouillement de 150 observations d'asthme infantile recueillies à la consultation de notre maître André JACQUELIN et que nous avons inventoriées sous l'angle des thérapeutiques appliquées à ces jeunes malades, soit au cours d'essais antérieurs, soit pendant leur traitement à NECKER, nous nous sommes efforcés à en dresser le bilan et nous nous croyons autorisés à formuler les conclusions suivantes :

Ce qu'il importe avant tout, c'est de traiter la maladie asthmatique en fonction du terrain, notion essentielle qui doit toujours rester présente à l'esprit. L'action dictée par les conditions étiologiques ou pathogéniques propres à chaque cas et menée à long terme doit avoir toujours le pas sur l'action purement symptomatique, d'efficacité éphémère.

2/ - En raison cependant du soulagement incontestable qu'ils apportent seuls des remèdes symptomatiques non nocifs, comme l'association :

- ASPIRINE-VALERIANE-THEOBROMINE-THEOPHYLLINE -

peuvent être employés, mais ils ne constituent pas le traitement de fond. Il en va de même des antibiotiques, dont il faut être avare. de même l'A.C.T.H. ou la cortisone, seront réservées aux seules crises graves, ce traitement devant être court.

3/ - Mais il faut, et cela est possible, comme nous venons de le dire voir la maladie dans son ensemble, afin d'élever la thérapeutique à l'échelon pathogénique. Or l'enfant réagit plus facilement et mieux

que l'adulte, avec des résultats, sans conteste, meilleurs, sous la réserve de débiter le plus tôt possible et dans le jeune âge.

4/ - Les désensibilisations étroitement spécifiques, pour de multiples raisons, n'étant pas indiquées, on leur préférera dans presque tous les cas, les méthodes de désensibilisation polyvalente (hyposulfite de magnésium-auto hémothérapie-peptone) associées, seulement dans les cas extrêmement rares d'une tuberculisation du terrain asthmatique aux sols d'or ou même à la tuberculinothérapie, ou même, en cas d'hérédosyphilis patente ou probable, à un essai de traitement anti-spécifique. Ces méthodes sont susceptibles d'apporter des stabilisations incontestables suivant un choix qui dépend de l'examen clinique. Cet examen ne sera pas centré sur le trouble le plus évident, à savoir les crises, mais sur l'ensemble pathologique.

5/ - Ainsi, en cas de troubles digestifs, nous avons vu les résultats des différentes associations :

PANCREATINE-ACIDE CHLORHYDRIQUE-PEPSINE-EXTRAITS HEPATIQUES

6/ - En d'autres circonstances, suivant le déficit glandulaire, on utilisera soit l'hormonothérapie (les androgènes par exemple) soit l'opothérapie (extraits de thymus, extraits orchitiques ou thyroïdiens).

7/ - Des adjuvants tels, l'IODE, LE SCUFRE, LA VITAMINE C seront d'un grand intérêt suivant le type de la maladie et surtout selon la morphologie du sujet.

8/ - Les interventions nasales ou rhino-pharyngées (Adénoïdectomie, amygdaléctomie) donnent des résultats en général décevants si l'on vise à la guérison par cette voie.

9/ - Parmi les procédés de physiothérapie. L'actinothérapie surtout se révèle être le meilleur traitement à côté des autres déjà nommés. Nous avons vu qu'elle était parfois le seul moyen d'action à condition de l'employer régulièrement, longtemps, pendant des années, par séries chaque hiver. La calcithérapie la complètera utilement.

Parmi les autres procédés de physiothérapie en dehors de rayons ultra-violet, rappelons que la radiothérapie diencephalique actuellement employée sur une vaste échelle par A. JACQU LIN chez les adultes n'a pas été appliquée à l'asthme infantile sauf dans un cas.

10/ - Certes, il est superflu de prétendre, à l'heure actuelle, obtenir des guérisons définitives, celles-ci étant difficiles à prouver, mais ces méthodes simples, non dangereuses, complétées par des cures climatiques (d'altitude surtout) accordent aux enfants de longs répit, rendant ainsi moins cruelles les récurrences éventuelles.

Mentionnons enfin les immenses bienfaits de la simple hydrothérapie qui endurecira ces sujets "fragiles"

Pour terminer, nous ferons un peu nôtre, la formule de TROUSSEAU :

L'asthme a ses fantaisies thérapeutiques, comme il a ses fantaisies pathologiques, il cède souvent à des moyens différents suivant les individus, et ces moyens seuls l'expérience apprend aux malades et aux médecins quels ils peuvent être". A la condition de supprimer l'idée qu'elle peut donner de la part du hasard, et en insistant sur le fait que la raison peut conduire le choix de la thérapeutique.

Vu:le Président de Thèse

Professeur L. de GENNES

Vu : Le doyen de la Faculté
de Médecine de Paris

Professeur L. BINET

Vu et Permis d'imprimer

le Recteur de l'academie de Paris .

J. SARRAILH.

- B I B L I O G R A P H I E -

- 1/ - AGUIRRE JACA : Nouveaux aspects de la thérapeutique par les antibiotiques . Revista Clinica Espanola :
Vol XLVII - n° 1 , cité par fiches Médicales N° 179
XIV Mars 53
 - 2/ - BLAMOUTIER P. : Coryza spasmodique et asthme: Le concours
Médical 5/5/52.
 - 3/ BLANCHON P. : Les nouveaux traitements de l'asthme : La Clinique
Avril 52 P. 203.
 - 4/ BLECHMANN G. : Asthme infantile : Nouvelle Pratique Thérapeutique
Med. et Chirurg. Masson. 1928 P. 164.
 - 5/ BESANCON J. JACQUELIN A : Asthme et fièvre : La presse Médicale
18/11/35 P 168
 - 6/ CLAUDE F. : Ind et résultats de la cure du MONT DORE /
Jour. Fr. de Med. et Chirurg. Thoracique. T.VII N° 6
1953.
 - 7/ COCHRAN J.A. : Aspirine and Cortisone : British Medical Journal
23/12/50; N° 2 P. 411.
- CONGRES INTERNATIONAL DE L'ASTHME - LE MONT DORE - RAPPORT et DISCUSSION.
- 1° - 1932 - MASSON.
- 8 - BIANCANI H. : Traitement Physique de l'asthme P. 334.
 - 9 - DE GENNES P. : Traitement du terrain asthmatique P. 286
 - 10 - LESNE L. Mlle DREYFUS SEE G. : Traitement de l'asthme infantile P. 211.
- 2° - 1950 - EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANCAISE.
- 11 - BLAMOUTIER P. Discussions. P. 129.
 - 12 - CROIZAT-LAGEZE-VALIN : Traitement étiologique de l'asthme.
P. 305.
 - 13 - ENGALAND Discussions. P. 425?
 - 14 - JACQUELIN A. TURIAF J. : Asthme et tuberculose P. 124.
 - 15 - HOLLANDE : Discussions. P. 435.
 - 16 - MAURIC G.-DOMART A. : Traitement de l'état de mal asthmatique P 332.

- 17 - MOURIQUELUB G. et Cl : Asthmes infantile. P. 253.
- 18 - MICHELET L. : Discussions .P. 127
- 19 - PASTEUR VALERY RADOT : Discussions P. 129.
- 20 / DANIEL P. : Les modes de début de l'asthme: Thèse de Paris 1933.
- 21 / DEBRE LELONG : Les manifestations allergiques (l'asthme) Pedia-
trie Flammarion P. 830.
- 22 / FLORES F.J. CASTEJON D. CASTILLO A. L'aleudrine : son emploi
clinique en aérosols. Medicina clinica Barcelone
Vol.19 N° 3.
- 23 / GORELIK B.: Effets of andenotonsillectomies in respratory aller-
gy : Annals oto-layng. 60. P. 46/1951 U.S.A.
- 24/ GROBON P. : La maladie asthmatique^U: Laval MED. MAI 51. N° 16
P.692.
- 25 / HAMBURGER J; Le fond dyspneique latent des asthmatiques :
Semaine des Hopitaux . N° 24 P. 2557 1948.
- 26 / HARVEN J. : TREATMENT OF ASTHMA : J.A.M.A. May 48 . P. 453.
- 27 / HILL L.W. : American Jour. Of diseases of chidren AM. Acad. Of
Ped. Nov 48. P. 580.
- 28 / JACQUELIN A. : Les tuberculoses Atypiques Masson 1939.
- 29 / JACQUELIN A. ROAMN M. Melle MAROLLEAU M.L. GRATAT M.A. Bilan
Thérapeutique de 1000 observations d'asthma-
tiques : Le monde Médical Juil.52. N° 976 P.97.
- 30 / JACQUELIN A. ROMAN M. Melle MAROLLEAU M.L. : L'asthme infantile
Le répertoire médical pratique : Dec 52 N° 16
- 31 / JACQUELIN A. SANTENOYSE D. TURIAF J. CLAUDE F. ROSE Y. : La
Maladie asthmatique Le répertoire médical. Prat.
N° 5-6. MAI 1953.
- 32 / JACQUELIN A. JOLY. FR. SOULIGNAC R. : Les asthmatiques intolérant
rants à l'adrénaline : Le monde Médical. 1/1/38
N° 909 P. 10.
- 33 / JACQUELIN A. VON OECONOMOU : Le type morphologique des asth-
matiques Soc. Med. des Hôpitaux de Paris 20/3/31
- 34 / JACQUELIN A. TURIAF J. DUBOIS DE MONTREYNAUD J.M. : Sur le pro-
nostic de l'asthme : Le Monde médical. NOV. 51
P. 358.
- 35 / JACQUELIN A. TURIAF J. ROMAN. M. MARINETTI J. : L'asthme et sa
pathogénie diencéphalique : Le Monde Médical
NOV. 51. P. 358.

- 36/ JACQUELIN A. CHAIT R.A. : l'asthme et le nez: Presse Med. 11/4/36
N° 30
- 37/ JACQUELIN A. TURIAF.J..ROMAN M. MARTINELLI.J.: Asthme et ciencephale Obs. Clin. et Exp. Thérapeutique: Sem. des Hop. De Paris. 74. 6/10/52. P. 2969.
- 38/ JOSEPH R. JOB.J. : Les maladies des enfants en 1951 : Revue du Praticien.T.1.N° 3. 21/10/51; P.138.
- 39/ LAUNAY Cl. : Maladies allergiques : Précis de Maladies infantiles Masson 1948. P. 750.
- 40 / LECOMTE J. : Thérapeutiques actuelles de la maladie asthmatique : Revue Méd. de Liège 1/8/52.
- 41/ LE CLUYSE R. : Thérapeutique de l'allergie digestive Act. Gastro-enterologica Belgica. 16/4/53. P. 400.
16/5/53/
- 42/ MARLAND P. : Nouveautés thérapeutiques de l'asthme : La Clinique Avril 54. P. 221.
- 43/ MARQUEZY R.A: Asthme infantile : Ordonnances du médecin Praticien : Masson P. 51.
- 44/ MASPETIOL R. CHAUVET J. : Les rhinites chroniques de l'enfance- Gazette Médicale de France ; 1/11/52. P.131.
- 45/ PASTEUR VALERY RADOT, BLAMOUTIER P. BESANCON. Pl. ET J. : Coryza spasmodique équivalents de l'asthme. La Presse Med. 1928 P. 625.
- 46/ PASTEUR VALERY RADOT, MAURIC G. Influence de la température sur les crises d'asthme Soc. Med. des Hop. de Paris 22/5/31.
- 47/ POLONOWSKI : Digestion des protéides P. 280.
Métabolisme de calcium P. 563. Biochimie Med Masson 1948.
- 48/ ROVINSKI J. VINCENT P. : Incidents et accidents de la thérapeutique par la cortisone et l'A.C.T.H. chez l'enfant. Soc. de Ped Reg. Provence. 6/12/53/
- 50/ ROYER P. : Traitement de l'asthme infantile : Les Nouv. Thérapeutiques Avril 52. N° 4. P.7.
- 51/ STERLING. A. FISHMAN A.E. SHARP.F. : Massive dose of penicilline in chronic asthma : Am. Practitioner Philadelphia 2/5/51. P. 1522.
- 52/ TIXIER L.: Vitamines B et Calcithérapie : Sem. des Hop. 10/5/51 P. 1522.
- 53/ THOMAS, ROCHFOND : Protein sensitivity southern Med Jour. 1946 P. 658 N° 39.

- 54/ TURIAF et BLANCHON P. : Asthme et foie : Annales de Med. .
2.P. 176. 1954.
- 55/ UNGER et WOLF A. : L'asthme chez les enfants : An als of allergie
Vol 10. Sept Oct. 1952 Cités par fiches Med.
N° 180 XI Avril 53.
- 56/ VALIN J. : Traitement de la dyspnée asthmaticque : Revue du pra-
ticien T. 11 N° 23. 11/9/ 52 P. 1547
- 57/ WILSON L.E. Aplastic anemia following prolonged administration
J.A.M.A. 1952. N° 149 P. 231.
- 58/ WINGE E. FLINDBORG : On universal réaction, in connection with
traetement of asthmatic children, with bacterial-
vaccines. Act. Peadiat. N& 3 1950 .P. 192.

